

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA.

TRABAJO FIN DE MÁSTER.

Curso 2017/2018



***Terapia de grupo para pacientes
supervivientes: Retomando la
vida tras el cáncer.***



Esther Gonzalo Gómez.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.

Facultad de Psicología.

Curso académico: Máster en Psicología General Sanitaria. 2017/2018

Modalidad de trabajo: Propuesta y valoración de un programa de intervención.

Título: Terapia de grupo para pacientes superviviente: Retomando la vida tras el cáncer.

Autoría: Esther Gonzalo Gómez.

Tutor académico: Bernardo Moreno Jiménez.

Departamento: Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.

Grado de participación de la estudiante: El desarrollo y aplicación de la siguiente propuesta de intervención fue llevado a cabo durante mi estancia en la Asociación Española Contra el Cáncer, como parte de mi formación del Máster en Psicología General Sanitaria. De los distintos grupos en los que participé durante el periodo de prácticas, en éste tuve la oportunidad de desarrollar yo misma las sesiones, con la supervisión de mi tutora profesional. Por ello, también fue mi labor la aplicación y corrección de las pruebas de evaluación: el BRCS, el HADS y el Termómetro de Distrés.

RESUMEN:

El aumento del cáncer en la sociedad ha evidenciado la necesidad de la figura del psico-oncólogo. En los últimos años, se ha puesto el foco de atención no solo en el enfermo de cáncer, sino también en el superviviente de la enfermedad, el cual tiene que retomar su vida llevando consigo una serie de consecuencias físicas y emocionales. No es extraño encontrar síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático o alteraciones de la imagen corporal una vez superado el cáncer. En este trabajo se presenta una propuesta de intervención grupal para estos supervivientes oncológicos, con el objetivo de facilitar la adaptación a su vida cotidiana una vez superado en cáncer. El programa de intervención cuenta con una evaluación pre – post, utilizando el HADS, el BRCS y el termómetro de distrés, y cuatro módulos de trabajo para abordar las dificultades más habituales en esta población: módulo de resiliencia, módulo de ansiedad y estrés, módulo de emociones y módulo de comunicación. Aunque los resultados no son estadísticamente significativos encontramos que siguen la línea de lo esperado, con reducción en los valores de ansiedad

y depresión, y mejoras en la resiliencia. En cuanto al distrés se halla un ligero empeoramiento, probablemente influido por los cambios vitales que las pacientes llevaron a cabo durante los meses de la intervención. Estos cambios suponen un reflejo de las nuevas líneas de trabajo, que plantean que el cáncer puede llevar a un crecimiento personal.

Palabras clave: Cáncer, psico-oncología, supervivientes, estrés, ansiedad, depresión, resiliencia, distrés.

ABSTRACT

The need for psycho-oncologists has become more evident due to the increase of cancer in society. In the last few years, the focus has been placed not only on the cancer patient, but also on those who have survived the disease, having to reconstruct their lives as they put up with an array of physical and emotional consequences. It is not uncommon to come across symptoms such as anxiety, depression, post-traumatic stress or changes in their physical appearance once the individual is cancer-free. This work presents a proposal for a group intervention for these cancer survivors, aiming to ease their adjustment to their everyday after-cancer life. This intervention program comprises pre–post evaluation, using HADS, BRCS and the distress thermometer and four work modules to tackle the most common difficulties in these groups: resilience module, anxiety and stress module, emotions module and communication module. Even though the results are not statistically significant, they concurred with those expected, with a reduction in the anxiety and depression values, and an improvement in resilience. Distress slightly worsened, probably due to the life changes the patients went through in the months of the intervention. Those changes reflect the new lines of action, proposing that dealing with cancer can lead to personal growth.

Key words: Cancer, psycho-oncology, survivors, stress, anxiety, depression, resilience, distress.

Índice

Presentación del trabajo.....	1
Índice.....	3
1. Introducción.....	5
1.1. Justificación teórica.....	5
1.2. Objetivo general.	13
1.3. Objetivos específicos.....	13
2. Método.....	15
2.1. Participantes.	15
2.2. Procedimiento.	16
2.2.a. Evaluación del programa (Pre-Post).....	16
2.2.b. Sesiones del programa.....	17
2.2.c. Cronograma.	29
3. Resultados.....	31
4. Discusión.	37
5. Conclusiones.....	41
6. Limitaciones y propuesta para el futuro.	43
Bibliografía.....	45
Anexos.	49
A- Consentimiento informado.....	49
B- Instrumentos de evaluación.....	50
C- El lobo que alimenta.	53
D- Programación.	54
E- Tabla de resultados.....	57

1. Introducción

1.1. Justificación teórica.

Con motivo del Día Mundial contra el Cáncer, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) publica su informe anual con los últimos datos de incidencia, prevalencia y mortalidad de enfermedad oncológica en España. Se estiman unos 228.482 casos nuevos a lo largo de 2017 y se prevé que en 2035 habrá 315.413 nuevos casos de cáncer en España (SEOM, 2018).

Cuando hablamos de cáncer, nos referimos a un “conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de células neoplásicas que crecen y se extienden por organismo, sin control” (Brannon y Feist, 2001). Las tasas de mortalidad a causa del cáncer se multiplicaron por tres durante las últimas décadas del siglo XX, pero, afortunadamente, empezaron a descender a mediados de los 90’ gracias a los avances médicos y de prevención.

El aumento de la enfermedad oncológica promovió la intervención de los psicólogos en la misma, favoreciendo así la aparición de una subespecialidad dentro de la oncología, denominada psico-oncología, cuyo objetivo fundamental es el cuidado psicosocial del enfermo de cáncer, su familia, y el personal oncológico (Almanza-Muñoz, Holland, 2000). El mencionado cambio en las tasas de mortalidad oncológica, le otorgan a la figura del psico-oncólogo una importancia cada vez mayor, de cara optimizar la calidad de vida de los enfermos e intervenir en el proceso de afrontamiento del dolor físico y emocional tanto a lo largo de la enfermedad, como tras la superación de la misma (Die Trill, 2013). Es precisamente en esos pacientes supervivientes, “personas que han padecido un trastorno oncológico y llevan libres de tratamiento y de enfermedad un periodo mínimo de un año” (Die Trill, 2013), en quienes se basa este trabajo.

Los supervivientes oncológicos tienen que enfrentarse en la mayoría de los casos a una serie de secuelas físicas, como cicatrices o amputaciones, así como a un conjunto de secuelas psicológicas. Algunas investigaciones estiman que el 48% de supervivientes presentan síntomas aislados propios de un Trastorno de Estrés Postraumático, como reexperimentación de acontecimientos y emociones, o evitación de recuerdos y lugares dolorosos vinculados con la enfermedad. Otra característica psicológica, tremendamente habitual en estas personas, es el temor a la recidiva, lo que en oncología se ha denominado

el Síndrome de Damocles: el miedo que experimentan los supervivientes de cáncer a que reaparezca la enfermedad es parecido al que sentía Damocles sentado en su trono bajo una espada que colgaba de la crin de un caballo sobre su cabeza. Este temor, se verá acentuado cuando la persona se someta a sus pruebas y revisiones médicas, pudiendo alterar de forma muy significativa la vida del superviviente. En estos momentos, no es de extrañar la aparición de síntomas como ansiedad, insomnio, tristeza, dificultades para concentrarse y problemas de memoria. Independientemente de estos momentos de especial alteración ante una revisión, es innegable la presencia de alteraciones del estado de ánimo en pacientes supervivientes, destacando significativamente los altos niveles de ansiedad y depresión en ellos. No es infrecuente que estos síntomas aparezcan una vez superado el proceso oncológico, y son muchos los supervivientes que expresan gran sorpresa por ello. Será la labor del psico-oncólogo explicarles que muchos enfermos oncológicos se contienen enormemente de forma emocional durante el proceso de la enfermedad, porque en dicho momento es ésta y sus tratamientos la prioridad que abarca toda su vida y es difícil que uno pueda enfrentarse a todo a la vez. Por ello, una vez acabado el tratamiento y superada la enfermedad, la persona es capaz de tomar conciencia de todo lo que ha sucedido y del fortísimo impacto emocional al que ha estado sometido. Es entonces, cuando uno se enfrenta al comienzo de una nueva vida, con unas condiciones físicas y anímicas diferentes, y una nueva imagen corporal que suele ir acompañada de sentimientos de depresión, ansiedad, vergüenza, aislamiento de la persona y alteración de la imagen de sí mismo, cuando la angustia contenida se ve acentuada (Die Trill, 2003).

Reconocer e identificar los problemas psicosociales y emocionales en enfermos oncológicos a través de una adecuada y exhaustiva evaluación es tremendamente importante para poder establecer un plan terapéutico adecuado, personalizado y eficaz. A pesar de la frecuencia con la que se dan alteraciones del estado de ánimo en pacientes oncológicos, es habitual que los síntomas depresivos pasen desapercibidos y no reciban el tratamiento adecuado, ya que se considera como algo normal el estar deprimido ante la enfermedad y se atribuyen a ella la tristeza, los sentimientos de desesperanza, la alteración del sueño o del apetito. Se ha visto que la depresión es una variable predictiva del ajuste y adaptación del paciente oncológico. Las alteraciones del estado de ánimo pueden amplificar los síntomas físicos, agravar la incapacidad funcional y disminuir la función social en enfermedades crónicas, como es el cáncer. De ahí la importancia de la intervención psico-oncológica en el proceso de la enfermedad. Afortunadamente

contamos con pruebas que han demostrado su eficacia específica en la detección de sintomatología depresiva y ansiosa en población oncológica, como por ejemplo la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Rico, Restrepo, Molina, 2005). Además de todo esto, hay que tener en cuenta que a pesar de que la frecuencia de suicidio en la población oncológica no es excesivamente elevada, el riesgo sí que es el doble en comparación con la población general, y en la base de este riesgo se halla la sintomatología depresiva.

Los trastornos de ansiedad en cáncer son los más frecuentes, y aumentan en el paciente el malestar general y la sensación de pérdida de control, potenciándose la angustia y el sufrimiento. Todo ello merma de forma destacada la calidad de vida subjetiva del paciente. El estigma de la enfermedad mental está implicado en la inadecuada detección y manejo de los síntomas de ansiedad. Para combatir dicha estigmatización se ha propuesto e implementado el término <<distrés>>, que se define como “una expresión emocional displacentera que interfiere en la habilidad para afrontar efectivamente el cáncer y tu tratamiento” (Almanza-Muñoz, Holland, 2000). Un instrumento útil y sencillo de usar, para la detección de estas alteraciones, es el termómetro de distrés.

Desde la psicología se ha hipotetizado sobre la posible relación entre algunos rasgos de personalidad y ciertas enfermedades, como por ejemplo el cáncer. El Patrón de Conducta Tipo C se propone como un tipo de personalidad propensa al cáncer, caracterizada por una serie de factores de riesgo, como la negación de experiencias desagradables y la incapacidad de expresión emocional. T. Morris estableció de hecho, una reacción entre la inhibición de las emociones y el cáncer (Brannon, Feist, 2001). Si, como estamos viendo, las personas que están pasando o han pasado por una experiencia oncológica presentan sentimientos de tristeza, depresión, estrés, ansiedad, disminución de la expresión emocional e indefensión, será importante trabajar con ellos la expresión y la regulación emocional. Para ello, es recomendable seguir los siguientes pasos: trabajar la *percepción emocional*, que implica identificar y reconocer las propias emociones y sentimientos y de aquellos con los que uno se relaciona; la *facilitación o asimilación emocional*, habilidad centrada en cómo las emociones afectan al sistema cognitivo interfiriendo en la toma de decisiones; y la *regulación emocional*, que consistiría en el desarrollo de la capacidad de acceder a sus sentimientos, tanto positivos como negativos, pudiendo así usarlos o descartarlos en función de su utilidad.

Algunos autores, como Wagnild y Young han considerado que el concepto de resiliencia, que podría entenderse como el afrontamiento de situaciones adversas y la capacidad para adaptarse a ellas, está enormemente condicionado por el manejo emocional del individuo. Es decir, razonar, percibir y comprender las emociones permite desarrollar estrategias para moderar y prevenir los efectos negativos de las situaciones vitales estresante, como sin duda es el cáncer (Burga, Sánchez, Jaimes 2016).

Todo este conocimiento nos orienta hacia las áreas de intervención en pacientes supervivientes. Con el aumento de los índices de supervivencia, cada vez se hace más hincapié en la calidad de vida de éstos y sus necesidades psicosociales a largo plazo, tras haber padecido una enfermedad potencialmente mortal. Será importante intervenir sobre el temor a las recidivas, la preocupación por los síntomas físicos y el dolor, las dificultades emocionales como síntomas de ansiedad y depresión, la reinserción laboral, teniendo en cuenta la discriminación que aún existe en dicho ámbito y las dificultades con los seguros de vida (Die Trill, 2003). En definitiva, la complejidad que tiene el reincorporarse a su vida tras el cáncer, una vida que muchas veces se percibe como desconocida.

El cáncer puede ser muy estresante y angustioso, pero también puede dirigir a las personas a una reflexión de su vida, sus relaciones y de sí mismos, llevando a un cambio y crecimiento personal. Podemos potenciar este crecimiento a través de la terapia, siguiendo una serie de pasos: favorecer la expresión y procesamiento emocional; resignificar emocionalmente las reacciones emociones; aumentar la regulación emocional (manejo del estrés); y potenciar estrategias de afrontamiento (Ochoa, Sumalla, Matí, Rodríguez, Blanco y Gil, 2010). No es de extrañar, que la mayoría de la literatura existente sobre el cáncer se haya centrado fundamentalmente en las consecuencias negativas de éste. De hecho, puede sonar paradójico que personas que hayan pasado por la enfermedad identifiquen cambios positivos en su vida tras ella, pero afortunadamente no son pocos los que lo hacen. Quizá sea por la necesidad psicológica de darle sentido a una experiencia tan sumamente dolorosa, pero, independientemente del motivo, se observa que la persona lleva a cabo un desarrollo personal que va más allá de su nivel de funcionamiento previo. Los cambios suelen clasificarse en 3 dimensiones: cambios en uno mismo, cambios en la relación con el otro y cambios en la filosofía de vida. Entre las consecuencias positivas del cáncer de enumeran las siguientes: el desarrollo de valores más altruistas, una importante maduración personal, mayor aprecio por la vida, mayor sensación de resistencia personal, mayor desarrollo de la asertividad, sobre todo a la hora

de poner límites a aquello que nos molesta, mayor implicación en actividades placenteras, y redefinición de objetivos vitales. Son muchos los supervivientes que sienten que los miembros de su familia no han comprendido la experiencia por la que han pasado y afirman que el apoyo social que reciben disminuye con el paso del tiempo. De ahí la importancia de intervenir no solo con los pacientes supervivientes, sino también con sus familias, y entrenarles en estrategias de comunicación interpersonal.

En resumen, el tratamiento psicológico de un superviviente de cáncer implica, la mayoría de las veces: disminuir su aislamiento social, facilitar su reincorporación social y laboral, intervenir en su estado de ánimo trabajando sus sentimientos de tristeza, angustia, ansiedad y de poca valía personal. Se utilizan fundamentalmente elementos de apoyo emocional y componentes psicoeducativos, así como técnicas conductuales específicas (Die Trill, 2003).

Dentro de las distintas modalidades terapéuticas, la psicoterapia de grupo ha demostrado ser tremendamente beneficiosa en pacientes oncológicos, gracias, entre otras cosas, al apoyo social que proporciona a los pacientes. Se ha evidenciado su eficacia en la mejora del estado anímico de los pacientes, la disminución de su afecto negativo (ansiedad, hostilidad, depresión), la mejora de su autoconcepto, la promoción de su adaptación a la vida cotidiana y a la hora de proporcionar expectativas realistas acerca de su funcionamiento. El trabajo en grupo permite compartir experiencias, estrategias y habilidades en el afrontamiento de la situación que están viviendo. Los miembros del grupo pueden identificar en el otro los problemas que tiene uno mismo, y ver así distintas maneras de solucionarlos. Además, sirve como practica de las habilidades sociales y métodos de comunicación efectivos necesarios.

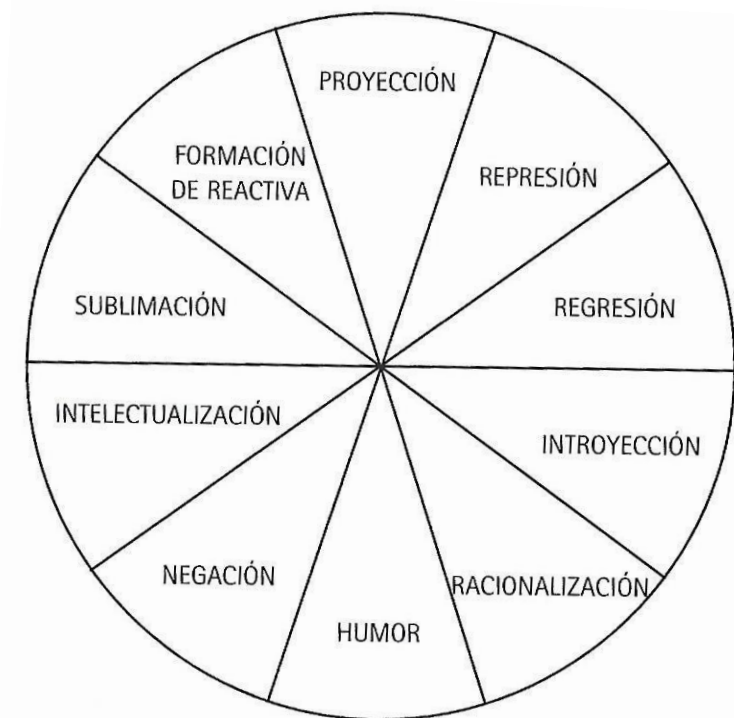
Un gran número de estudios han demostrado cómo las intervenciones psicológicas grupales producen mejoras en la calidad de vida del enfermo. Podemos encontrar distintos tipos de terapia grupal, como los grupos didácticos/informativos y los grupos de orientación conductual, y no existe evidencia significativa de que unos sean más eficaces que otros. Sí sería relevante, que los objetivos del grupo estén adaptados a las necesidades de los miembros de éste y que el terapeuta tenga la formación apropiada. También existen grupos no directivos, de carácter más existencial, como el programa de Spiegel y Yalom, y otros que combinan componentes psicoeducativos y existenciales, como fue el caso Maria Die Trill y colaboradores (Die Trill. 2003).

Estos grupos psicoterapéuticos pueden formarse en base a patologías concretas o al estadio de la enfermedad, como sería el caso de este trabajo, dónde el grupo está dirigido a personas supervivientes (podríamos ver la supervivencia como otro estadio de la enfermedad, o bien como la superación de los estadios). Aunque la mayor homogeneidad de los participantes favorece la cohesión grupal y el establecimiento de metas comunes, las diferencias en patología y experiencia personal con la enfermedad son tremendamente enriquecedoras para el grupo. Es importante definir las reglas del grupo de forma clara y concisa, siendo los pilares fundamentales el comprometerse a acudir a las sesiones y el mantener la confidencialidad de todo aquello que se trate. Vugia clasificaba en 4 los temas más relevantes que suelen tratarse durante el proceso terapéutico grupal: cuestiones intrapsíquicas, cuestiones interpersonales, cuestiones sociales, y cuestiones propiamente relacionadas con el cáncer (Die Trill, 2003). Lopez Yarto distinguió las posibles intervenciones que podemos llevar a cabo como terapeutas en un grupo: intervención de proceso, que lleva la atención hacia lo que está pasando en el aquí y el ahora; aclaraciones de contenido; intervenciones directivas, que proponen una acción al grupo; preguntas directas; intervenciones teóricas; e intervenciones interpretativas.

Una de las estrategias utilizadas en la terapia individual oncológica y que podemos trasladar a la grupal, es el uso del counselling como forma de relación terapéutica. Podríamos definir el counselling como una forma especial de comunicación que implica escuchar sin juzgar, que se basa en el principio de capacitación y que ayuda a las personas a identificar sus propios recursos. Los grupos de counselling y psicoterapia pretenden ayudar a las personas que tienen dificultades emocionales, relacionales y psicológicas, y promueven el crecimiento y autoconocimiento de las personas. A las habilidades básicas del counselling individual, como escuchar y parafrasear, se le suman algunas habilidades específicas del counselling grupal: coordinar, relacionar y controlar las contribuciones de los miembros del grupo. Yalom destacaba que algunos de los factores terapéuticos más importantes del trabajo en grupo eran: que los pacientes aprenden a ayudarse mutuamente, lo que aumenta la confianza de aquellas personas con poca autoestima; el intercambio con los demás, que ayuda a identificar y cambiar la visión distorsionada de sí mismos; y que cuando se establece un entorno seguro en el grupo, los miembros del mismo pueden expresar fuertes emociones enclaustradas (Hough, 2011). Cuando los miembros del grupo terapéutico comparten un problema común favorecen el establecimiento de un grado importante de empatía, confianza, transparencia y comprensión que resulta muy

terapéutico en sí mismo. Libermann sugería que la principal finalidad de un grupo era “proporcionar un entorno cálido y de confianza” (Hough, 2011).

Hay que tener en cuenta que algunos participantes pueden mostrar resistencias a implicarse en la terapia. Mostrar indiferencia, hostilidad, desconfianza, así como la falta de cooperación son actitudes que revelan resistencia. Será una habilidad importante del terapeuta identificar la aparición de dichas resistencias para ayudar a cada uno de los miembros a reconocerlas y entenderlas.



Mecanismos de defensa en los grupos (Hough, 2011).

En el caso de las terapias de grupo con pacientes supervivientes, algunas dificultades añadidas con las que podemos encontrarnos son los problemas de horario, en relación a la reinserción laboral, y, sobre todo, la evitación que presentan muchas veces estas personas a exponerse a situaciones que les recuerdan su vivencia con la enfermedad.

Como hemos visto, la utilización de la terapia de grupo tiene grandes beneficios, sin olvidar además la ventaja de coste-efecto ya que en un periodo de tiempo relativamente breve un terapeuta puede atender a varios pacientes de forma simultánea.

Cuando nos referimos a enfermedades graves, como el cáncer, podemos tratar el tema desde la visión de una experiencia traumática o como impulso para llevar a cabo cambios vitales positivos. Integrar ambos elementos, trauma y crecimiento, no es una tarea sencilla, pero será de gran utilidad para el futuro de las personas afectadas. Autores como Moo y Schaeferm ya planteaban esta idea en 1984 con su *Teoría de la Crisis*, según la cual las personas funcionamos en un estado de equilibrio, cuando dicho equilibrio se rompe pueden aparecer sentimientos de ansiedad, temor y estrés, y habrá que desarrollar nuevos modos de respuesta. La clave estaría en comprender que la crisis no es buena ni mala en sí misma. Esta teoría defiende la idea de que la enfermedad crónica no provoca alteraciones psicológicas inevitablemente, sino que dependerá de cómo la persona reacciona a la misma. El diagnóstico de una enfermedad como el cáncer altera la vida de la persona, la cual va a tener que pasar por un proceso paulatino de comprensión del significado de su enfermedad, que posteriormente integrará a su vida. Desarrollar esta comprensión es una parte importantísimas del proceso de afrontamiento (Brannon, Feist, 2001).

Empieza a ser habitual la publicación de trabajos en el área psico-oncológica que se centran más en el estudio de las fortalezas y cambios positivos que presentan las personas que se enfrentan a una enfermedad grave. Esto supone un giro en la línea clásica de trabajo, focalizada en el impacto vital del cáncer, que ponía el énfasis en el malestar emocional y la psicopatología asociada. Cada vez más se trabaja desde la potenciación de las cualidades preservadas y estrategias de afrontamiento previas. Las terapias de grupo están ganando más presencia en este área de trabajo, ya que tienen la capacidad de favorecer la expresión y ventilación emocional, ayudan a comprender que uno no es el único que sufre, proporcionan una mayor socialización y aprendizaje interpersonal. (Ochoa, Sumalla, Matí, Castejón, Rodríguez, Blanco y Gil, 2010).

En base a todo lo comentado, llevo a cabo la propuesta de intervención en pacientes supervivientes, a través de una terapia grupal, que se muestra en este trabajo. En dicha intervención se abordan las áreas comentadas en este apartado, como los problemas de ansiedad y estrés, de manejo y expresión emocional, comunicación interpersonal, sobre todo en relación con las dificultades familiares, y la potenciación de sus propias fortalezas y estrategias a través del trabajo de la resiliencia. Para evaluar el estado de estas áreas, haré uso de algunas de las pruebas ya mencionadas y validadas en pacientes oncológicos, como el HADS o el Termómetro de Distrés.

Con esta intervención se pretende facilitar la adaptación de los pacientes a su vida cotidiana, teniendo en cuenta que ellos ya no son los mismo y por ello su vida, seguramente, tampoco lo será. Lo cual no es algo negativo en sí mismo.

1.2. Objetivo general.

Favorecer el proceso de recuperación psicológica y adaptación a la vida cotidiana tras el cáncer.

1.3. Objetivos específicos.

A pesar de que en cada sesión se concretará el objetivo de la misma, los objetivos específicos que llevaron al desarrollo de los distintos bloques del programa son los siguientes:

- Favorecer la expresión y el procesamiento emocional que ha supuesto la experiencia vital de la enfermedad.
- Facilitar la búsqueda de un nuevo significado de las reacciones emocionales tras la experiencia vivida.
- Entrenar estrategias de regulación emocional y reforzar su utilización.
- Potenciar aquellas conductas o pensamientos adaptativos, que demuestren su utilidad para cada persona.
- Facilitar la comunicación y las relaciones interpersonales en el proceso de adaptación a la vida cotidiana tras la enfermedad.
- Mejorar la autoestima y el autoconcepto de las participantes. El trabajo en grupo permite evidenciar la capacidad para ayudarse mutuamente y la propia eficacia del individuo.

2. Método.

2.1. Participantes.

Este programa está dirigido a pacientes oncológicos que hayan finalizado el tratamiento recientemente, excepto hormonoterapia, y en los cuales se haya alcanzado una respuesta completa, donde las probabilidades de recidiva sean bajas. No se especifica sexo o tipo de cáncer para participar en el grupo.

Quedarán excluidos del programa aquellas personas que presenten psicopatologías graves o incapacitantes para la realización de una terapia de grupo de estas características. Véase, psicosis, trastorno depresivo mayor o adicciones, por ejemplo.

La terapia presentada en este trabajo se llevó a cabo dentro los servicios ofertados por la Asociación Española Contra el Cáncer. Por ello, las participantes del grupo eran pacientes de la asociación, las cuales fueron informadas de la existencia de esta terapia grupal e invitadas a formar parte del programa, al recibir el alta en sus terapias individuales. La selección se hizo valorando las necesidades personales y sociales de cada una de ellas, procurando formar un grupo que pudiese cohesionar de forma favorable, a pesar de las diferencias de edad, por ejemplo.

Aunque el sexo y el tipo de cáncer no eran una condición a la hora de participar en el grupo, en esta ocasión la totalidad de las participantes fueron mujeres. La más joven contaba con 31 años y 75 la más mayor, encontrándose una media 54,17 años. A excepción de una paciente, cuyo cáncer había sido de colón, el resto del grupo había padecido cáncer de mama. Quizá se pueda explicar en base a los altos datos de incidencia, prevalencia y supervivencia de cáncer de mama en nuestro país.

Como se especificaba antes, el hecho de padecer una psicopatología fue un factor de exclusión, de ahí el hecho de ofertar este formato de terapia una vez acabadas sus sesiones individuales. De esta forma se pudo explorar bien la existencia de una psicopatología y en caso de que hubiese estado presente durante el proceso oncológico dar la oportunidad de haberla trabajado y solucionado.

2.2. Procedimiento.

2.2.a. Evaluación del programa (Pre-Post).

Para la evaluación de esta propuesta de intervención se siguió un diseño pre-post, por el cual se aplicaron una serie de pruebas tanto en la primera como en la última sesión del programa. Las pruebas utilizadas fueron las siguientes:

- Brief Resilient Coping Scale [BRCS] (Limonero, Tomás-Sábado, Fernandez-Castro, Aradilla, Vinyes, Gómez-Romero, Sinclair, y Wallston, 2010) (Sinclair y Wallston, 2004) → cuestionario tipo Likert que nos proporcionará datos sobre el nivel de estrategias resilientes que posee cada individuo, las cuales han demostrado ser un predictor de satisfacción vital (Limonero, Tomás-Sábado, Fernandez-Castro, Gómez-Romero y Aradilla-Herrero, 2012). Las puntuaciones fluctúan entre 4 y 20, siendo una baja resiliencia una puntuación igual o menor a 13 y alta resiliencia una puntuación igual o mayor a 17.
- Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS] (Zigmond y Snaith, 1983) → se trata del cuestionario de screening más utilizado en la detección de ansiedad y depresión, en población con enfermedad física y concretamente en pacientes oncológicos (Costa, Pérez, Salmero, Gil, 2009). Los autores recomiendan el uso de los puntos de corte originales, 8 para casos posibles y por encima de 10 casos probables, en ambas escalas (Terol-Cantero, Cabrera-Perona, Martín-Aragón, 2010).
- Termómetro de distrés [TD] → el cual nos orienta con respecto al nivel de malestar emocional experimentado por el paciente durante la última semana. Los estudios demuestran la adecuación del uso de esta prueba, aunque destacan su mayor capacidad discriminativa en combinación con el ya mencionado HADS. (Prieto, Ruiz, Hoyuela, Herrán y González-Blanch, 2014).

Al inicio del programa terapéutico, se hizo entrega a las participantes de un consentimiento informado [**Anexo A**] para la posterior utilización de los datos obtenidos en estas pruebas, con el objetivo de hacer una valoración crítica de los beneficios de la terapia.

[**Anexo B** – Instrumentos de evaluación.]

2.2.b. Sesiones del programa.

Las sesiones serán semanales, con una duración de 2 horas. Comenzarán con un repaso de cómo han pasado la semana las pacientes y si han realizado las tareas para casa, en caso de haberlas.

Las pruebas de evaluación se pasarán en la primera y última sesión.

SESIÓN 1 – Presentación.

Para empezar esta primera sesión, se hará entrega de las normas del grupo, así como del contrato terapéutico.

Una vez leídas las normas, y firmados los contratos terapéuticos, se realiza una dinámica de presentación. Se pide a las pacientes que se presenten y compartan brevemente, hasta donde ellas decidan, su experiencia con el cáncer. Al final de su presentación personal se les pregunta: “¿Qué adjetivo crees que te define?”.

A continuación, se pasan las pruebas de evaluación:

- Brief Resilient Coping Scale (BRCS).
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).
- Termómetro de Distrés (TD).

Para despedir la sesión, se entregan dos lecturas para casa:

- El largo viaje de la vida. (Xavier Guix, 2014)
- Soy así, pero puedo cambiar. (Patricia Ramírez, 2012)

SESIÓN 2 – Módulo de Resiliencia I: “Conociendo la resiliencia”.

- **Objetivo:** Toma de contacto con el concepto de resiliencia.

Comenzamos a trabajar con el módulo de resiliencia. La primera parte de la sesión tendrá un carácter más psicoeducativo, asegurándonos de que las pacientes conocen y comprenden el concepto de resiliencia, por su relevancia en el proceso de la enfermedad y específicamente en la readaptación a la vida cotidiana tras la misma. Destacaremos la importancia de reconocerse como personas que poseen VALORES y

POTENCIALIDADES que les ayudarán a dirigirse al crecimiento y fortalecimiento interior.

Una vez acaba la fase de tratamiento, cuando los pacientes empiezan a normalizar su vida, a menudo aparece la necesidad de hallar un significado y sentido personal de dicha experiencia. Por ello será relevante dedicar un tiempo a enfatizar las fortalezas manifestadas durante la enfermedad y que las pacientes sean capaces de crear su “Caja de Herramientas” con ellas. Será de ayuda empezar por el ejercicio de “La gráfica de la vida”:

“Piensa sobre tu historia, piensa en momentos, situaciones, personas, acontecimientos que te hayan marcado, que hayan sido significativos, tanto de forma positiva como de forma negativa. Iremos repasando cada uno de esos momentos, cómo nos sentimos, quien nos ayudó, que recursos utilizamos para salir airoso, qué aprendí de esos momentos de mi vida...”

Se pretende comprender la vida como un proceso de adaptación continua, dónde van a tener lugar momentos negativos y positivos. Como conclusión de este ejercicio se puede ir extrayendo y apuntando las fortalezas de cada miembro del grupo, formando así esa “Caja de Herramientas” que mencionaba antes.

Lectura para casa:

- Si tú cambias todo cambia. (Francesc Miralles, 2015)

SESIÓN 3 – Módulo de Resiliencia II: *“Trabajando fortalezas, entrenando la resistencia”*.

- **Objetivo:** Conocer las propias fortalezas y potenciarlas.

Tras hacer el repaso de cómo ha ido la semana, continuamos con el trabajo sobre la resiliencia. Nuevamente empezamos con una parte más psicoeducativa en la cual se presentan los tres factores que, de acuerdo con Grotberg, promueven la resiliencia. Los cuales, a su vez, se categorizan en tres dimensiones: Yo soy – Yo puedo – Yo tengo.

Una vez explicado este modelo se pasa al ejercicio de “Las etapas de Grotberg” (Grotberg, 1998):

“Cada miembro del grupo debe rellenar cada una de las tres dimensiones de Yo, con adjetivos y definiciones de ellos mismos. Luego se trabajarán estos aspectos a nivel grupal.”

Interna: YO SOY	Externa: YO PUEDO	Social: YO TENGO

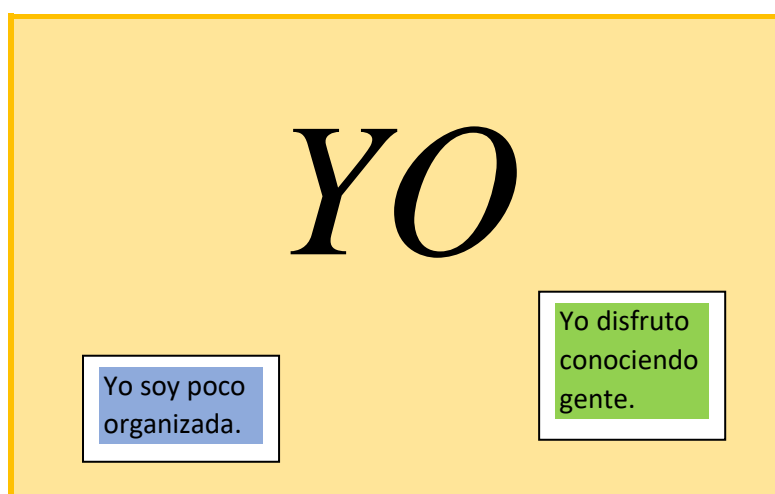
Lectura para casa:

- El mágico poder de escribir. (Gabriel García de Oro, 2014)

Para cerrar la sesión se explica el “Ejercicio del YO”, para realizar en casa y que comentaremos en la próxima sesión:

“Coge una cartulina y escribe un YO grande en mitad de ella. El YO representa tú totalidad, todos los aspectos de tu cuerpo, mente, talento, etc. Durante esta semana ve escribiendo pequeños yo alrededor del grande. Con un color escribirás los yo que te gustan de ti mismo y escoge otro color para los yo que crees que necesitas mejorar. Cada yo pequeño representa un solo aspecto de ti.

Ejemplo:



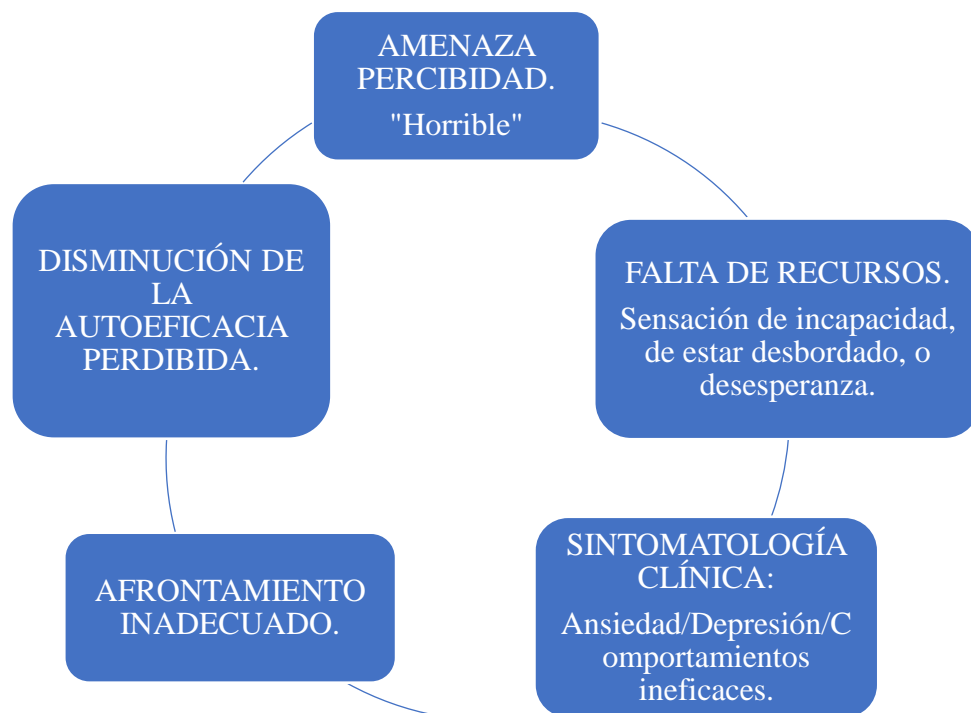
SESIÓN 4 – **Módulo de ansiedad y depresión I:** “*Obsérvate y regúlate*”.

- **Objetivo:** Aprender a identificar el propio estrés y manejarlo.

Como siempre, empezamos la sesión repasando la semana y la tarea para casa, que en este caso era la cartulina del YO. En caso de que alguna persona haya tenido dificultades para escribir cosas positivas en su cartulina, será el grupo quien le ayudará a rellenar dichos espacios. Una vez acabada la ronda, se comenta que pasamos al módulo de la ansiedad y el estrés.

Comenzamos con una parte más psicoeducativa de la sesión, donde explicamos qué son el estrés, la ansiedad y como pueden afectarnos. Las personas que padecen trastornos de ansiedad están predispuestas a desarrollar autodiálogos internos negativos que pueden dificultar nuestra vida diaria.

Respuesta desadaptativa:



Respuesta adaptativa:



Una vez acabada esta parte más teórica de la sesión pasamos a reflexionar sobre cómo les afectan a cada una de ellas las distintas situaciones de ansiedad y estrés a las que se enfrentan y como responden a las mismas. Ponemos en común las distintas estrategias que pueden utilizar.

Llevamos a cabo un ejercicio de relajación, como ejemplo de estrategia contra la ansiedad y el estrés. Concretamente usaremos el conocido en Mindfulness como Body Scan, siguiendo las indicaciones de Vicente Simón, experto en dicha terapia (sus videos pueden encontrarse en Youtube). Una vez acabado, comentamos como ha sido la experiencia para cada una y pasamos a realizar un ejercicio que he denominado “¿Qué veo a través de la ventana?”:

<<Realizamos una relajación poniendo atención a nuestra respiración e intentando despejar la mente. Una vez relajados se comienza con el pequeño relato:

“Ahí estaba yo, sentado en mi sitio de siempre. Había estado tantas veces entre esas 4 paredes que nunca me había detenido a mirar aquello que me rodeaba, así que empecé a observar con ojos nuevos, como si fuera la primera vez que lo veía. De repente me paré delante de la gran ventana, fue como si una gran fuerza me atrajese hacia ella. La

abrí lentamente y asomé la cabeza. No podía creer lo que veía, lo que sentía, oía, olía.... Aquel sonido se introdujo muy dentro de mi mente y me detuve un momento para poder analizarlo. Después de eso ya solo podía inspirar profundamente aquel olor, esperando que al cerrar los ojos todo aquello que estaba experimentando tomase sentido en mi interior. Entré de nuevo en la habitación, dudando si dejar la ventana abierta. Una vez tomé esa decisión volví a sentarme con cuidado, cerrando los ojos y respirando al compás de los latidos de mi corazón.”

Poco a poco vamos sacando a los pacientes de la historia, y se les invita a que abran los ojos. Cada uno habrá visto y sentido algo diferente, quizá agradable, tal vez no. Será interesante ver las diferentes experiencias de cada uno y analizar como ante una misma historia la vivencia de cada uno ha sido diferente.>>

Este ejercicio nos permite reflexionar sobre cómo respondemos de formas muy distintas a las mismas situaciones, incluyendo la vivencia del cáncer y cómo ante la misma enfermedad la respuesta de cada uno es única y diferente.

Lecturas para casa:

- Enredarse en los ¿y si...?, desenredarse con la aceptación. (Miguel Costa, Zulema Aguado, e Itziar Cestona, 2008)
- Vencer la ansiedad. (Patricia Ramírez, 2014)

SESIÓN 5 - Módulo de ansiedad y depresión II: “trabajando la relajación”.

- **Objetivo:** Desarrollar estrategias para afrontar el estrés y la ansiedad.

A la hora de hacer el repaso sobre cómo ha ido la semana se pregunta: “¿Qué entendisteis acerca del estrés?; ¿Habéis identificado cómo os ha afectado?; ¿Qué estrategias habéis aplicado?”.

A continuación, se hace entrega de las “Pautas para afrontar el miedo” que propuso María Die Trill como coordinadora de la Unidad de Psicooncología del Hospital Gregorio Marañón. Éstas pueden ser de gran utilidad para desarrollar nuevas estrategias en los momentos de dificultad.

Para mayor refuerzo y desarrollo de estrategias se explica la Terapia de Solución de Problemas (Arthur Nezu, Christine Nezu, Thomas D’Zurilla, 2014) y se manda para casa el siguiente ejercicio, que se explicará a través de un ejemplo:

Identificar el problema.	Definir el problema.	Generar Soluciones alternativas.	Elegir y poner en marcha la alternativa.	Evaluación de la alternativa elegida. (Identificar logros)
Anota la situación que te genera malestar o te resulta difícil de solucionar.	Detalla la situación problema.	Anota todas las alternativas posibles a la situación problema.	Selecciona la opción que consideres más apropiada.	Reflexiona sobre los resultados que crees que obtendrías, o bien has obtenidos tras poner en marcha la opción elegida.
<u>EJEMPLO:</u> - Acudir sola a quimioterapia.	- Estar sola durante el tratamiento. - No tener a nadie de confianza con quien hablar.	- Pedirle a mi hermana que me acompañe. - Pedirle a una enfermera que se quede conmigo durante el tratamiento. - Pedirle a un voluntario que me de conversación.	- Pedirle a mi hermana que me acompañe.	- Me sentiría mucho mejor. Estaría más tranquila sabiendo que tengo a mi lado a mi hermana. - Mi hermana estaría contenta, porque siempre se ofrece a acompañarme.

Para cerrar la sesión se realiza un ejercicio de respiración con imaginación guiada y se entrega una lectura para casa:

- El poder de la incertidumbre. (Francesc Miralles, 2016)

SESIÓN 6 – **Módulo de emociones I:** “*Identifica tus emociones*”.

- **Objetivo:** Aprender a identificar las emociones y cómo se relacionan con nuestros pensamientos y conductas.

Comenzamos haciendo el repaso sobre cómo han pasado la semana, y revisando las dificultades que hayan podido surgir al rellenar la tabla de “Solución de Problemas”. Una vez hecho eso, se explica al grupo que vamos a comenzar el módulo de las emociones. Para empezar a trabajar el tema, les pedimos que describan una situación concreta, vivida durante la enfermedad, identificando las emociones ligadas a dicho momento. Esa descripción debe hacerse en los tres niveles: físico, conductual y emocional.

A continuación, pasamos a realizar un ejercicio llamado “Emociones positivas o negativas”, que posteriormente comentaremos en voz alta. Dicho ejercicio consiste en rellenar la siguiente tabla:

Emociona	Positiva o Negativa	¿Por qué?
Miedo		
Alegría		
Tristeza		
Rabia / Ira		
Sorpresa		
Aversión / Asco		
Vergüenza		
Envidia		

Se les entrega una fotocopia dónde se plantean “Los tres pasos para cambiar una emoción que no me gusta” (Pilar Jericó, 2017), método denominado por su autora como **PRP**. Estas siglas pertenecen a los tres pasos que el propio nombre indica: 1- Darse **p**ermiso para aceptar lo ocurrido; 2- **R**econstruir lo vivido; 3- Tomar **p**erspectiva.

En esta ocasión las tareas para casa consistirán en aplicar la estrategia de los tres pasos en emociones que no les agraden durante la semana, y leer las siguientes lecturas:

- ¿Qué delatan nuestras emociones? (Jenny Moix Queralto, 2014)
- Metáfora: El cuento de las emociones. (Margarita Rojas)

SESIÓN 7 - Módulo de emociones II: “Trabajando nuestras emociones”.

- **Objetivo:** Tomar conciencia de nuestras emociones y la importancia de expresarlas adecuadamente.

Repaso de la de la tarea semanal: “¿Habéis aplicado durante esta semana <<los 3 pasos para cambiar una emoción>>?”.

Una vez acabado el repaso de la semana, utilizamos algunas partes de la película “Del revés” (“Inside Out” en versión original) para reflexionar sobre las emociones y cómo nos relacionamos con ellas:

- Clip 1: “*Conociendo las emociones*” [Hasta min. 4:40] → Introducción y presentación de las emociones.
- Clip 2: “*Cuando no nos comunicamos bien*”. [26:50-30:00] → En tono de humor, vemos las consecuencias de no comunicar lo que sentimos, tanto para nosotros mismo como en nuestra relación con el otro.
- Clip 3: “*Llorar no es malo*” [47:50-49:50] → Escena que refleja la importancia de llorar si se necesita, como método de regulación y liberación emocional.
- Clip 4: “*Cuando nos comunicamos bien*” [1:20:00-hasta el final] → Acabamos con una escena que muestra lo positivo y reparador que puede ser expresar de forma adecuada nuestras emociones.

Lecturas para casa:

- La tristeza y la furia. (Jorge Bucay, 2016)
- El lobo que alimenta. [**Anexo C**]
- Se agradecidos nos hace más felices. (Raimon Samsó, 2014)

SESIÓN 8 – **Módulo de comunicación I:** “*Aprendiendo a comunicarnos*”.

- **Objetivo:** Comprender situaciones complicadas a través de una comunicación adecuada. Practicar la empatía y escucha activa para comunicarse a nivel emocional. Establecer y entrenar buenos canales de comunicación.

Empezamos haciendo la rueda sobre cómo ha ido la semana y si han tenido dificultades con lo trabajado en la sesión anterior.

Una vez acabado el repaso de la semana, pasamos a trabajar el área de la comunicación. Para introducir este módulo pedimos a los miembros del grupo que piensen en momentos complicados y críticos en cuanto a su relación con los demás, sobre todo a raíz de la enfermedad. Esto se relaciona directamente con el módulo anterior y las emociones que afloran en esos momentos de dificultad.

Tras poner en común las experiencias de las pacientes proponemos el ejercicio “De frases asesinas a frases positivas”:

“En ocasiones surgen conflictos con las personas de nuestro entorno por no tener una comunicación adecuada. Nuestros seres queridos caen a veces en lo que denominamos

<<frases asesinas>>, que, en vez de actuar como refuerzo o consuelo, cargan la situación de tensión, ira e incluso tristeza. Será fundamental reconocer dichas frases para así poder cambiarlas.

A continuación, piensa en situaciones donde hayas sentido dichas frases asesinas. Después, intenta convertir dicho comentario en una frase positiva y reflexiona sobre cómo podrías expresar tu malestar”.

Para ayudarlas, entregamos a las pacientes algunas estrategias sobre cómo pedir cambios o hacer críticas con respecto a una situación o conversación:

PRERREQUISITOS:

- Empezar por algo positivo.
- Buscar el momento adecuado.
- Que la relación se mantenga positiva.
- Que no exista coste emocional, o sea mínimo.

POSIBLE ESQUEMA A SEGUIR:

1. Describir la situación/conducta, no juzgar.

“Cuando tú...”; “Cuando a veces dejas de...”.

2. Describir cómo te afecta. Mensaje YO: lo que pienso, siento, creo. En 1ª persona.

“Yo me siento...pienso...creo...”.

3. Ponte en el lugar del otro. Empatizar.

“Entiendo que tú...”; “Entiendo que puedes tener razones...”.

4. Asume tu parte de responsabilidad.

“Tal vez yo...”

5. Pide alternativas, introduce al otro en el cambio. Pregunta su opinión.

“Que podemos hacer...”.

6. Ofrezco alternativas viables.

“Que te parece si...”

7. Reforzar el cambio.

“Me parece estupendo...”; Te agradezco que...”

8. Avisar de las consecuencias si no se produce el cambio, consecuencias no amenazantes.

(Adaptado de Marshall Rosenberg, 2016)

Este ejercicio nos servirá de ejemplo para aplicar estas estrategias durante la semana.

Entregamos para casa:

- Derechos asertivos. (Elia Roca, 2015)
- Ejercicio para reflexionar sobre la asertividad:

Situaciones en las que sueles responder de forma no asertiva.	Pensamientos que dificultan la asertividad.	Pensamientos que favorecen la asertividad.

SESIÓN 9 - **Módulo de comunicación II:** “Escuchando activamente, respondiendo asertivamente”.

- **Objetivo:** Darse cuenta de la importancia que tiene la escucha activa, así como la empatía y practicarla.

Comenzamos haciendo la rueda sobre la semana. Preguntamos entonces si han realizado el trabajo semanal: “¿Cómo ha ido la semana?; ¿Repasasteis el material sobre cómo hacer críticas o pedir cambios?, ¿lo habéis aplicado?; ¿Habéis trabajado el cuadro de la asertividad?”.

Después hablamos de lo importante que es la escucha activa y la empatía para llevar a cabo una comunicación adecuada. “¿Habéis sentido alguna vez que os oyen, pero no os escuchan?”. → La escucha activa nos permite generar confianza, muestra aceptación, respeto y ayuda a identificar el problema.

Para reflexionar sobre la escucha activa y la empatía, leemos en grupo la publicación “Ponte en mi lugar” (Ferran Ramón-Cortes, 2017). El grupo comenta experiencias

personales respecto a su relación con las personas más cercanas, cuando no las han escuchado activamente y también aquellas ocasiones donde ellas no han sido capaces de hacerlo con el otro. Cada una hace autocrítica sobre lo que exige en el otro y si ella lo está dando.

Lectura para casa:

- Saber escuchar. (Miriam Subirana, 2015)

SESIÓN 10 – **Despedida.**

En esta última sesión, empezamos, como siempre, repasando como ha ido la semana y explorando si han practicado esta semana la escucha activa y la empatía.

A continuación, llevamos a cabo un ejercicio llamado “Regalo de felicidad”:

A veces uno disfruta más con un regalo pequeño que con uno grande. No obstante, es habitual que nos preocupemos de no poder hacer cosas grandes para los demás y olvidamos las pequeñas cosas que están llenas de significado. Por eso, en el ejercicio de hoy daremos un pequeño regalo de felicidad al resto de compañeros.

Escribe un mensaje a todos los miembros del grupo que quieras, de modo que este mensaje haga que se sienta bien. Puede ser un buen deseo, pensamiento, sentimiento...

Intenta ser específico, por ejemplo: “me gusta como sonríes”, en vez de “me gusta tu actitud”.

Señala algo especial de esa persona. Algo que haya destacado en el grupo.

Dile a esa persona qué es aquello que tiene, que te hace un poco más feliz.

Usa el nombre de esa persona y términos como “me gusta” y “me siento”

Por último, fírmalo si lo deseas.

Después, quien quiera puede leer en voz alta los mensajes que ha recibido, o compartir como se ha sentido tanto escribiendo como recibiendo.

A continuación, se repiten las pruebas de evaluación utilizadas en la primera sesión:

- Brief Resilient Coping Scale (BRCS).
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).
- Termómetro de Distrés (TD).

Se entregan varias lecturas para que se las lleven a casa:

- Cuatro formas de vivir el trabajo (Borja Vilaseca, 2015), ya que varias de las pacientes están en proceso de reincorporación al trabajo y han verbalizado su preocupación por ese hecho.
- Cómo sobrevivir a la Navidad (Patricia Ramírez, 2015), en base a la fecha de finalización del grupo (diciembre).
- Las ranitas en la crema (Jorge Bucay, 2016).

Como cierre del programa, pedimos a las pacientes que respondan a una serie de preguntas para que puedan despedirse del grupo y que pueda servirnos de feedback: “¿Has echado algo de menos?; ¿Te ha aportado algo el grupo?; ¿Hay algo que quieras decirle al grupo, o a algún miembro concreto del mismo?”.

[La programación se incluye en el **Anexo D**]

2.2.c. Cronograma.

	Temática	Día	Hora
Sesión 1	Presentación. Evaluación Pre	28/09/2017	11:00 – 13:00
Sesión 2	Módulo de resiliencia I: “ <i>Conociendo la resiliencia</i> ”.	5/10/2017	11:00 – 13:00
Sesión 3	Módulo de resiliencia II: “ <i>Trabajando fortalezas, entrenando la resistencia</i> ”.	19/10/2017	11:00 – 13:00
Sesión 4	Módulo de ansiedad y estrés I: “ <i>Obsérvate y regúlate</i> ”.	26/10/2017	11:00 – 13:00
Sesión 5	Módulo de ansiedad y estrés II: “ <i>Trabajando la relajación</i> ”.	2/11/2017	11:00 – 13:00
Sesión 6	Módulo de emociones I: “ <i>Identifica tus emociones</i> ”.	16/11/2017	11:00 – 13:00
Sesión 7	Módulo de emociones II: “ <i>Trabajando nuestras emociones</i> ”.	23/11/2017	11:00 – 13:00
Sesión 8	Módulo de comunicación I: “ <i>Aprendiendo a comunicarnos</i> ”.	30/11/2017	11:00 – 13:00
Sesión 9	Módulo de comunicación II: “ <i>Escuchando activamente, respondiendo asertivamente</i> ”.	14/12/2017	11:00 – 13:00
Sesión 10	Despedida. Evaluación Post.	21/12/2017	11:00 – 13:00

3. Resultados.

Una vez acabada la de terapia de grupo para pacientes supervivientes, se analizan los resultados obtenidos en las pruebas administradas en dicho programa de intervención.

En primer lugar, es importante especificar que dos de las participantes no acabaron el programa: [**Anexo E - Tabla de resultados**] la paciente 7- J.J. no volvió tras la primera sesión ya que afirmaba que ir todas las semanas a la sede de la AECC le traía demasiados recuerdos desagradables; por su parte, la paciente 8- T.A. acudió a la gran mayoría de sesiones, pero tuvo que dejar el programa debido a una dificultad familiar, ajena a la enfermedad oncológica. Una vez explicado el abandono de dos de las participantes podemos centrarnos en los datos de las 6 mujeres que sí completaron la terapia de grupo.

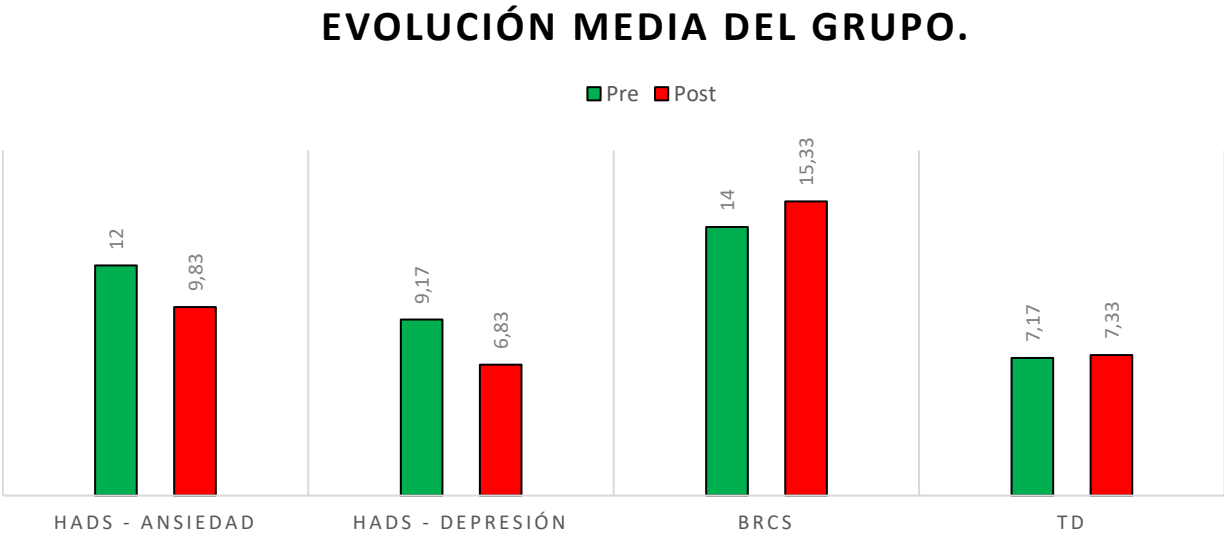
En base al objetivo del programa, lo deseable sería obtener una reducción en las puntuaciones del HADS (ansiedad y depresión) y del Termómetro de distrés, así como un incremento en el BRCS. Como se especificaba en el apartado 2.2.a. *Evaluación del programa* (página 16), en relación a las puntuaciones del HADS, y siguiendo los puntos de corte originales, una puntuación de 8 indica que estamos antes un caso posible y por encima de 10 un caso probable, de ansiedad y/o depresión respectivamente. En lo relativo al BRCS, una puntuación igual o menor a 13 nos indica una baja resiliencia, siendo alta con una puntuación igual o superior a 17.

A continuación, se presenta una tabla con los resultados obtenido tras el análisis estadístico de los datos. Concretamente, lo que encontramos en dicha tabla son los Estadísticos Descriptivos de la muestra y la comparación de muestras relacionadas para pruebas no paramétricas, realizado con el objetivo de obtener la significación de la intervención:

Tabla 1 – Análisis Estadístico.

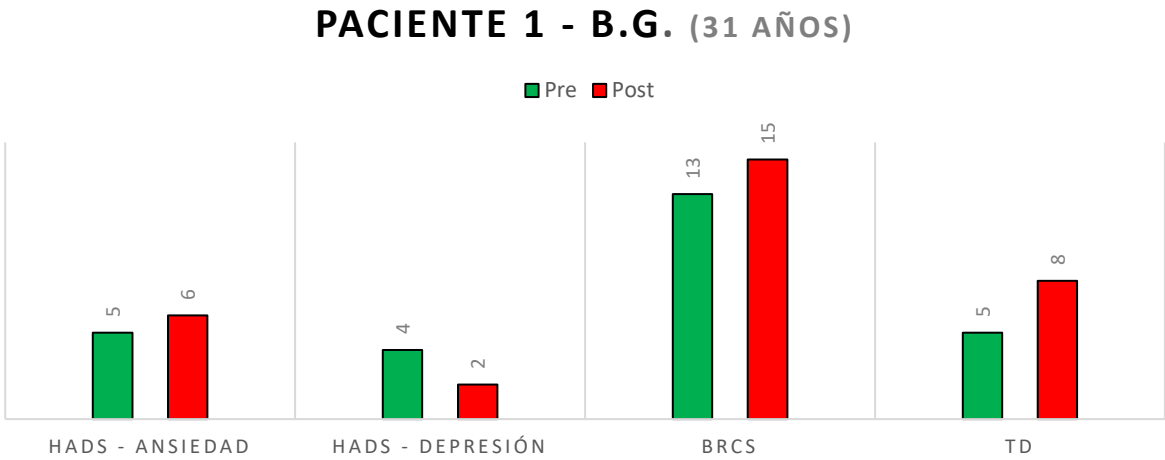
		Mínimo.	Máximo.	Media.	Desviación estándar.	Prueba de Wilcoxon.	Decisión.
H A D S	Ansiedad.	1 (Pre)	5	20	12	5,292	No muestra significación: Consérvese la hipótesis nula.
		2 (Post)	6	18	9,82	4,622	
	Depresión.	1 (Pre)	3	15	9,17	4,956	No muestra significación: Consérvese la hipótesis nula.
		2 (Post)	1	11	6,83	4,262	
B R C S	Resiliencia.	1 (Pre)	13	16	14	1,265	No muestra significación: Consérvese la hipótesis nula.
		2 (Post)	15	16	15,33	0,516	
T D	Distrés.	1 (Pre)	4	9	7,17	2,137	No muestra significación: Consérvese la hipótesis nula.
		2 (Post)	6	9	7,33	1,211	

Para observar mejor la evolución en las puntuaciones, tanto de forma grupal como a nivel individual de cada miembro del grupo, podemos hacer uso de las siguientes gráficas:



Gráfica 1.

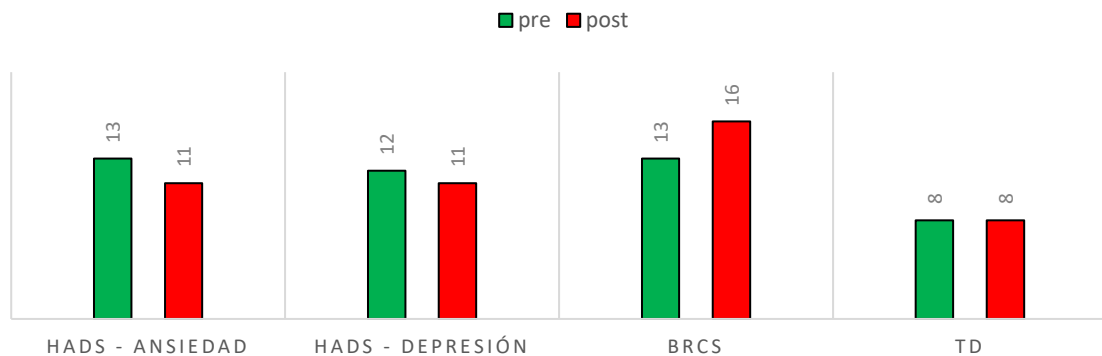
A pesar de no hallarse significación estadística, como se puede ver en la tabla 1 de la página anterior, sí que podemos observar una evolución de los datos en la línea de lo esperado, a nivel global del grupo.



Gráfica 2.

Paciente 1 – B.G.: No presenta datos que hagan sospechar de la presencia de ansiedad y depresión, la resiliencia evoluciona de baja a media y encontramos empeoramiento en el malestar emocional (distrés).

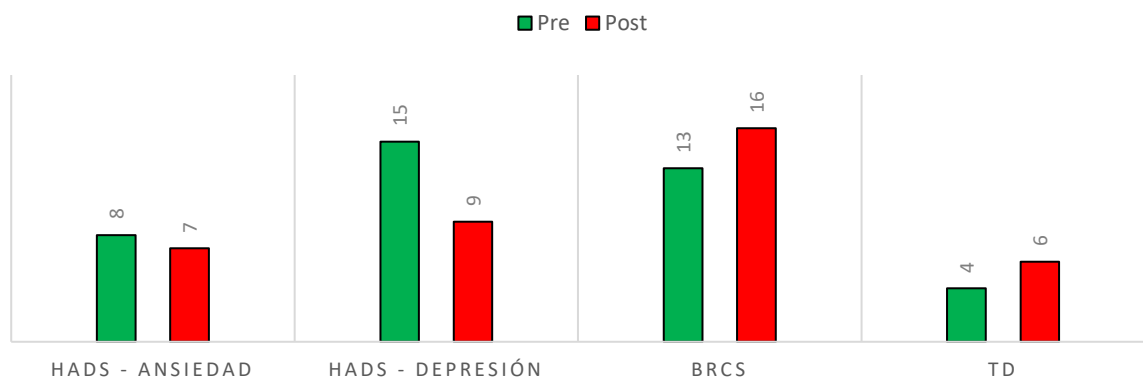
PACIENTE 2 - M.P. (52 AÑOS)



Gráfica 3.

Paciente 2 – M.P.: Datos que indican una ansiedad y depresión probable (tanto en evaluación pre, como en post). La resiliencia mejora de baja a media-alta y el malestar emocional se mantiene estable, pero elevado.

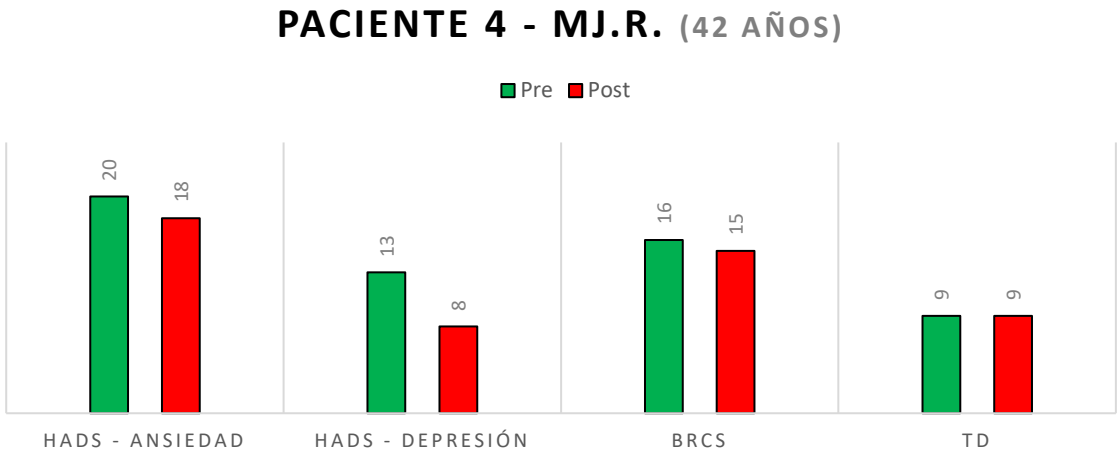
PACIENTE 3 - C.M. (69 AÑOS)



Gráfica 4.

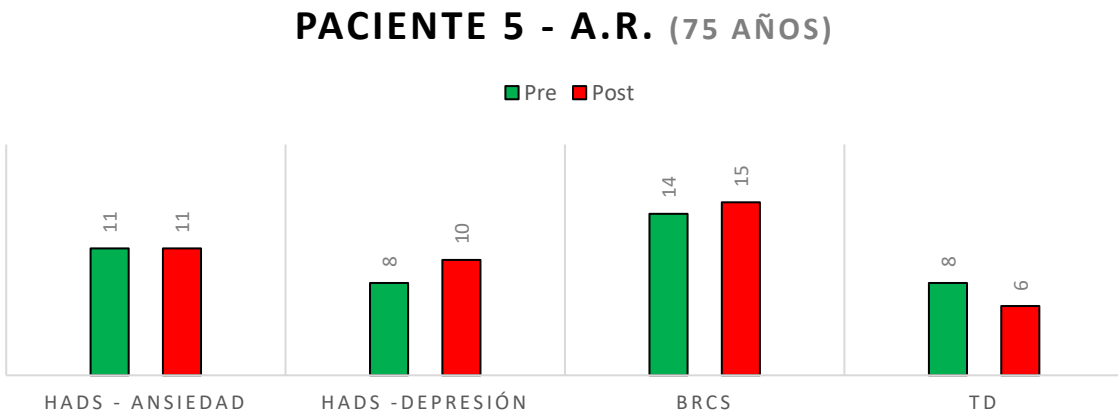
Paciente 3 – C.M.: Los datos indican la posible presencia de ansiedad, que parece haber mejorado ligeramente en la evaluación post. Por su parte, la depresión evoluciona de

probable a posible, pero siendo igualmente importante incidir sobre ello. La resiliencia evoluciona de baja a media-alta



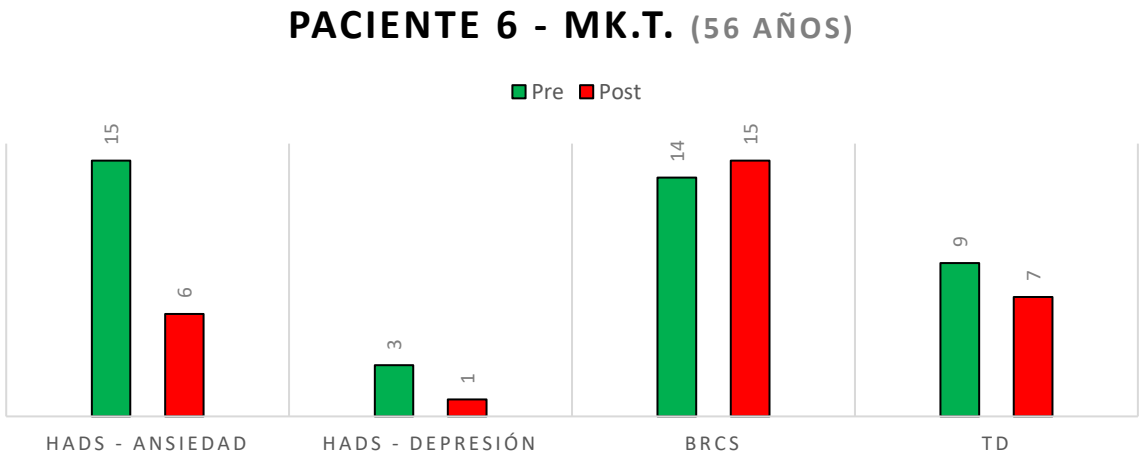
Gráfica 5.

Sujeto 4 – M.J.R.: Presenta puntuaciones muy elevadas de ansiedad probable, tanto en evaluación pre como en post. La depresión, probable en evaluación pre, disminuye a posible en la evaluación post. La resiliencia disminuye ligeramente, manteniéndose en valores medios. Y el malestar emocional se mantiene estable, pero bastante elevado.



Gráfica 6.

Paciente 5 – A.R.: Datos de probable ansiedad. Las puntuaciones en depresión empeoran de posible a probable. La resiliencia mejora ligeramente, manteniéndose en puntuaciones medias. Se observan mejoras en el malestar emocional.



Gráfica 7.

Paciente 6 – Mk.T.: Vemos datos elevados de una probable ansiedad, que disminuyen de forma pronunciada en la evaluación post. La resiliencia se mantiene en niveles medios y se presentan mejoras en el malestar emocional.

4. Discusión.

Como se puede observar en el apartado anterior, no se halla significación en los resultados obtenidos con la aplicación de este programa, pero no por ello los datos carecen de interés e importancia. Era de esperar, que con la muestra tan limitada que se tenía, los resultados no fuesen demasiado destacables a nivel estadístico, pero la información que nos dan es tremendamente interesante.

Recordemos que con este programa se pretendía aliviar el malestar emocional y las dificultades que acompañan el proceso de reincorporación a la vida cotidiana tras haber padecido y sobrevivido a un cáncer. Por ello, se hacía hincapié a lo largo de las sesiones en las principales dificultades observadas en este grupo de personas, como son la presencia de sintomatología ansiosa, depresiva o dificultades en la comunicación y manejo emocional, por ejemplo (Die Trill 2003). Si nos vamos a la *gráfica 1*, que no muestra la evolución media del grupo, vemos que los resultados evolucionan en la línea de lo esperado en base a los objetivos marcados. Se obtiene reducción en los niveles de ansiedad y depresión, y mejoría en los valores de resiliencia. En cuanto a los valores de estrés, vemos que se mantienen relativamente estables, con un mínimo empeoramiento al final del programa, lo cual no debe interpretarse como algo negativo en sí mismo, ya que como veremos a continuación habrá que indagar en la historia personal de los miembros del grupo para entender que hay detrás de estos resultados, y solo entonces hacer una valoración de los datos.

En lo relativo a los resultados que siguen la línea de lo esperado, analicemos cómo los módulos trabajados a lo largo del programa de intervención han podido ser de ayuda a las pacientes. Se ha entrenado en estrategias de manejo de la ansiedad y de las emociones, fundamentalmente las vividas de forma negativa. Se han explorado también las distintas herramientas con las que contaban para poder hacer frente a las situaciones vitales acontecidas, potenciando y reforzando su propia capacidad de afrontamiento. A todo esto, hay que sumarle el simple hecho de acudir al grupo, lo cual otorgaba un entorno en el que expresarse libremente, sin ser juzgado y en el cual exponerse a los distintos miedos sociales y personales, que habitualmente aparecen durante el proceso de reincorporación a la vida cotidiana. Todo esto, podría justificar los resultados positivos encontrados en los valores de ansiedad, depresión y resiliencia.

Reflexionemos ahora sobre los resultados obtenidos en distrés. El empeoramiento con respecto a los valores iniciales es mínimo, pero cabría preguntarse ¿por qué no se ha obtenido mejoría en este valor? ¿significa eso que el programa es perjudicial en ese área? Si recordamos, en el apartado de *1.1 Justificación teórica* veíamos el distrés definido como “una expresión emocional displacentera que interfiere en la habilidad para afrontar de manera efectiva el cáncer y tu tratamiento” (Almanza-Muñoz, Holland, 2000). En base a esta definición, es indudable que el distrés tiene un carácter negativo para la persona que lo padece, pero no deja de ser un malestar subjetivo, por ello es necesario indagar en qué puede estar produciendo dicho estado.

Si vamos más allá de los datos obtenidos a través de los test y hablamos con las personas que contestaron a dichas pruebas, descubrimos que a lo largo del tiempo que duró el programa de intervención tuvieron lugar una serie de cambios vitales que sin duda han ido acompañados de un gran estrés y malestar por el propio afrontamiento a situaciones complicadas: B.G. estaba inmersa en las revisiones pertinentes de la enfermedad oncológica, y como hemos visto a lo largo de estas páginas, es un momento que sin duda provoca un gran temor y malestar; M.P. se enfrentó al final de su baja laboral, teniendo que reincorporarse a un trabajo en el que se sentía muy poco valorada y ninguneada desde antes de la enfermedad. Al volver a su puesto, exigió un cambio de actitud y mejoras en sus condiciones laborales, amenazando incluso con despedirse si no cambiaban las cosas; C.M. vive sola en Madrid y la única familia que le queda vive lejos. Además, padece un problema de movilidad que la obliga a pasar mucho tiempo en casa lo cual favorecía su malestar emocional; M.J.R., la cual presentó resultados muy elevados de distrés desde el principio, estaba inmersa en un proceso de divorcio complicado, tras haber sufrido maltrato psicológico durante años. Además, padecía una fobia social que le había resultado muy incapacitante a lo largo de su vida, y a la cual se expuso enormemente a lo largo de los meses que duró el programa; A.R. llevó a cabo cambios muy importantes en la dinámica familiar, empezando por la relación con su marido, haciéndose valer y dejando claros sus derechos. A parte de la situación vivida en el ámbito familiar, A.R. en el momento de finalizar el programa se estaba preparando para someterse a una pequeña intervención, que, aunque nada tenía que ver con el cáncer, sin duda le traía recuerdos muy desagradables; M.K. presentaba una gran ansiedad laboral al inicio del programa y había padecido un Síndrome de Burnout en el pasado. Ella misma verbalizó en varias

ocasiones que acudir a las sesiones grupales estaba siendo de gran ayuda para enfrentarse de forma más adecuada y positiva a los problemas en el trabajo.

Como vemos todas ellas estaban pasando por momentos de gran ansiedad y malestar, bien por revisiones médicas o por dificultades en su vida laboral o personal. Lo realmente relevante, es que estaban llevando a cabo los cambios necesarios para mejorar dichas situaciones complicadas y por lo tanto estaban dando pasos positivos para su vida. Es indudable que esos cambios han ido acompañados de un gran malestar personal y cabría plantearse la posibilidad de que eso haya repercutido en los datos obtenidos en la medida de distrés.

5. Conclusiones.

Recordemos que desde el principio se presenta la posibilidad de que un cáncer pueda llevar a un cambio positivo y crecimiento personal (Ochoa, Sumalla, Matí, Rodríguez, Blanco y Gil, 2010). A juzgar por el testimonio personal y feedback de las pacientes, encontramos dicha evolución en el grupo de tratamiento, lo cual demuestra la importancia de llevar a cabo programas de carácter psicosocial que incluyan todas las áreas vitales relevantes, identificando las pérdidas y dificultades, pero sobre todo fomentando las características preservadas y las potencialidades de los pacientes, en busca de ese cambio y crecimiento del que hablábamos.

Afortunadamente, el desarrollo de la psico-oncología y la mayor conciencia de la importancia que tienen los factores psicológicos en todo el proceso oncológico y la vida tras el mismo, incrementan el número de intervenciones, tanto individuales como grupales, dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el cáncer. Sin duda, es necesario seguir investigando y es trabajo de todos dar visibilidad a la existencia de los recursos existente y la importancia que tiene el autocuidado personal, no solo durante la enfermedad oncológica, sino también una vez superada ésta.

6. Limitaciones y propuesta para el futuro.

Una vez aplicado el programa y analizados los resultados del mismo, es importante reflexionar sobre las posibles limitaciones de la terapia y poder así mejorarlo de cara a futuras aplicaciones:

- Es necesario destacar el hecho de que los resultados obtenidos en este programa de intervención no muestran significación y por lo tanto no se puede afirmar la eficacia del mismo. No es de extrañar dicho resultado teniendo en cuenta el tamaño de la muestra, que es demasiado pequeño (6 sujetos). Además de haber sido un grupo pequeño para tener valor a nivel estadístico, tampoco se contó con un grupo control. Podríamos considerar esta experiencia como un estudio piloto, que quizá en el futuro inspire una auténtica investigación sobre el tema.
- Esta terapia se ofertaba de manera gratuita dentro de los servicios de la AECC. Sería recomendable pedir una fianza al inicio del programa de 50 euros, que se devuelven al finalizarlo. Por cada sesión a la que se falte sin justificación se restarán 10 euros. Este sistema se aplica en otros programas de la AECC y ha demostrado correlacionar con una mayor asistencia de los miembros a las sesiones.
- Como se explica en varios puntos del trabajo, la evaluación fue realizada dentro de la primera y última sesión. Quizá sería más apropiado buscar un espacio fuera de las sesiones para llevar a cabo dicha evaluación, para no quitar tiempo terapéutico y para que las pacientes tuviesen un espacio de intimidad a la hora rellenar los test, facilitando así respuestas lo más sinceras posibles por parte de las pacientes.
- Sería interesante introducir en la evaluación de los pacientes un test de calidad de vida, como por ejemplo el cuestionario específico para cáncer EORTC QLQ-C30 (Cruz, Moreno, Angarita, 2013).
- Aunque no hubo dificultad para empezar a trabajar la resiliencia en la segunda sesión, tal vez sería más adecuados empezar por el módulo de ansiedad y estrés, para ir dando estrategias a las pacientes, que les ayuden en el proceso de retomar su vida cotidiana. Esto también permitiría al grupo ir conociéndose más, de forma que, al llegar a las sesiones de resiliencia, donde se trabaja con ejercicios como “la línea de la vida” tengan ya mayor confianza entre ellas.

- En la sesión 4, dentro del módulo de ansiedad y estrés, se utilizaba la técnica del Body Scan, dentro de los trabajos de Mindfulness, como un ejemplo de estrategias contra el estrés. Debemos tener cuidado con este ejercicio, ya que al trabajar con pacientes oncológico que han pasado por duros tratamientos y cirugías puede ser contraproducente focalizar de esa manera la atención en el cuerpo. En grupos donde quizá no sea el ejercicio indicado, podemos hacer uso de otros ejercicios dentro del Mindfulness para centrarnos en el aquí y el ahora, como el ejercicio de la pasa, o el de centrarnos en los sonidos de alrededor.
- También es importante tener en cuenta que los pacientes que se han sometido a tratamientos de quimioterapia suelen presentar alteraciones cognitivas durante algún tiempo, como dificultad para concentrarse o problemas de memoria, por ejemplo. Por ello, habría que valorar la posibilidad de reducir el número de lecturas entregadas a lo largo del programa, ya que puede ser enormemente frustrante para las pacientes no ser capaces de manejarse con ellas.
- Por último, sería positivo contar con unas sesiones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, para poder comprobar la evolución de las pacientes y la efectividad del programa a largo plazo.

Bibliografía.

- Almanza-Muñoz, J.J., Holland, J.C. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto de Cancerología*, vol. 46, n°3, pp .196-206.
- Brannon, L., Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Paraninfo.
- Bucay, J. (2016). *Cuentos para pensar*. RBA Bolsillo.
- Bucay, J. (2016). *Déjame que te cuente...Los cuentos que me enseñaron a vivir*. BBA Bolsillo.
- Burga, I., Sánchez, T., Jaimes, J.E. (2016). Inteligencia emocional y resiliencia en pacientes con cáncer de mama en un hospital de EsSalud de Lima. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos*, vol. 1, n°2.
- Costa, M., Aguado, Z., Cestona, I. (2008). *El estrés y el arte de amargarnos la vida*. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid
- Costa Requena, G., Pérez Martín, X., Salamero Baró, M., Gil Moncayo, F.L. (2009). Discriminación del malestar emocional en pacientes oncológicos utilizando la escala de ansiedad y depresión hospitalaria. *Ansiedad y estrés*, vol. 15, pp. 217-229.
- Cruz, H.F., Moreno, J.E., Angarita, A. (2013). Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ – C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramango – Colombia. *Rev. Enfermería Global*, vol. 22, n° 30.
- Die Trill, M (2003). *Psico-oncología*. ADES ediciones.
- Die Trill, M. (2013). Intervención Psico-oncológica en el ámbito Hospitalario. *Clínica contemporánea* vol. 4, n°2, pp. 119-133.
- García de Oro, G. (2014). *El mágico poder de escribir*. El País Semanal.
- Grotberg, E., Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M.A., Suárez, E.N., Infante, F. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
- Guix, X. (2014). *El largo viaje de la vida*. El País Semanal.
- Hough, M. (2011). *Counselling: Teoría y práctica*. Editorial Eleftheria.
- Jericó, P. (2017). *Laboratorio de felicidad: Los tres pasos para cambiar una emoción que no me gusta*. El País.

- Limonero, J.T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Aradilla, A., Vinyes, J., Gómez-Romero, M.J., Sinclair, V.G. y Wallston, K.A. (2010). Adaptación española de la Brief Resilient Coping Scale: Análisis preliminar. *Medicina Paliativa*, 17 (Supl. 1), 65.
- Limonero, J.T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, MJ., Aradilla, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Psicología Conductual*, vol. 20, N°1. pp.183-196.
- Miralles, F. (2015). *Si tú cambias, todo cambia*. El País Semanal.
- Miralles, F. (2015). *El poder de la incertidumbre*. El País Semanal.
- Moix, J. (2014). *¿Qué delatan nuestras emociones?*. El País Semanal.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., D’Zurilla, T. J. (2014). *Terapia de Solución de Problemas: Manual de tratamiento*. Biblioteca de Psicología - Desclée de Brouwer.
- Ochoa, C., Sumalla, E.C., Matí, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I., Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Picooncología*, vol. 7, n°1, pp. 7-34.
- Priede, A., Ruiz Torres, M., Hoyuela, F., Herrán, A., y González-Blanch, C., (2014). El termómetro del distrés como prueba de cribado de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos recién diagnosticados. *Psicooncología*, vol. 11, N°1, pp. 31-43.
- Ramírez, P. (2012). *Soy así, pero puedo cambiar*. El País Semanal.
- Ramírez, P. (2014). *Vencer la ansiedad*. El País Semanal.
- Ramírez, P. (2015). *Cómo sobrevivir a la Navidad*. El País Semanal.
- Ramón-Cortes, F. (2017). *Ponte en mi lugar*. El País semanal.
- Rico, J.L., Restrepo, M., Molina, M. (2005). Adaptación y validación de l escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*, 3, pp. 78-86.
- Roca, E. (2015). *Como mejorar tus habilidades sociales*, 4ª edición. ACDE Psicología.
- Rosenberg, M. B. (2016). *Comunicación no violenta: Un lenguaje de vida*. Acanto.
- Samsó, R. (2014). *Ser agradecidos nos hace más felices*. El País Semanal.

SEOM (2018). *Las cifras del cáncer en España*. Recuperado el 8 de Abril de 2018 en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf

Subirana, M (2015). *Saber escuchar*. El País Semanal.

Terol-Cantero, C., Cabrera-Perona, V., Martín-Aragón, M. (2010). *Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas*. Universidad Miguel Hernández Elche, Programa de formación de profesorado universitario. Ministerio de Educación.

Vilaseca, B. (2015). *Cuatro formas de vivir el trabajo*. El País Semanal.

Anexos.

A- Consentimiento informado.

Yo, con
DNI autorizo a Esther Gonzalo Gómez, con número de
colegiada M-31708, a utilizar los resultados obtenidos en las siguientes pruebas:

- BRCS
- HADS
- Termómetro de estrés.

Siempre manteniendo el anonimato de las pacientes y como parte de su formación en el
Máster en Psicología General Sanitaria.

B- Instrumentos de evaluación.

Brief Resilient Coping Scale (BRCS).

A continuación encontrará una serie de afirmaciones que describen su comportamiento y acciones. Valore cada una de ella en una escala de 1 a 5, marcando una X en el número que mejor refleje su comportamiento.

	No me describe en absoluto	Me describe poco	Ni poco ni mucho	Me describe bastante	Me describe muy bien
1. Busco formas creativas para cambiar las situaciones difíciles.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
2. Independientemente de lo que me suceda, creo que puedo controlar mis reacciones	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
3. Creo que puedo crecer positivamente haciendo frente a las situaciones difíciles	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
4. Busco activamente formas de superar las pérdidas que tengo en la vida	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

H.A.D.S.

NOMBRE: FECHA:
 Los médicos y paramédicos son conscientes de que las emociones juegan un papel importante en la mayoría de las enfermedades. Si su médico se informa de estos estados de ánimo podrá ayudarte mejor.

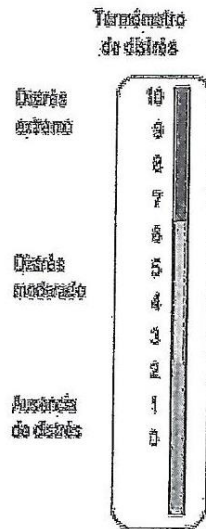
Este cuestionario se ha diseñado para ayudar a su médico a saber cómo se siente usted. No tenga en cuenta los números impresos al margen del cuestionario. Lea cada sección y subraye la respuesta que más se ajuste a su estado de ánimo durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Probablemente una reacción espontánea ante cada pregunta se ajuste mejor sus verdaderos sentimientos que una respuesta meditada durante mucho tiempo.

A	1.- Me siento tenso/a o "nervioso/a"	D	8.- Me da la impresión de que me demoro más que antes en hacer las cosas
3	La mayor parte del tiempo		Prácticamente en todo momento
2	Muchas veces	3	Muy a menudo
1	A veces	2	A veces
0	Nunca	1	Nunca
D	2.- Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	A	9.- Me viene una sensación de miedo, como un vacío en el estómago
0	Como siempre		Nunca
1	No lo bastante	0	En ciertas ocasiones
2	Sólo un poco	1	Con bastante frecuencia
3	Nada	2	Muy a menudo
A	3.- Tengo una sensación de miedo, como si algo terrible me fuera a suceder	D	10.- He perdido el interés por mi aspecto físico
3	Totalmente, y es muy fuerte		Totalmente
2	Sí, pero no es muy fuerte	3	No me preocupa tanto como debería
1	Un poco, pero no me preocupa	2	Quizá no me preocupa tanto como antes
0	Nada	1	Me preocupa igual que siempre
D	4.- Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	A	11.- Me siento inquieto/a, como si necesitara estar continuamente en movimiento
0	Igual que siempre		Mucho
1	Ahora, no tanto	3	Bastante
2	Casi nunca	2	No mucho
3	Nunca	1	Nada
A	5.- Tengo la mente llena de preocupaciones	D	12.- Me siento optimista respecto a las cosas que están por venir
3	La mayor parte del tiempo		Igual que siempre
2	Con bastante frecuencia	0	Menos de lo que acostumbraba
1	A veces, aunque no muy a menudo	1	Mucho menos de lo que acostumbraba
0	Sólo en ocasiones	2	Nada
D	6.- Me siento abogro	A	13.- Me asaltan sentimientos repentinos de pánico
3	Nunca		Con muchísima frecuencia
2	No muy a menudo	3	Bastante a menudo
1	A veces	2	No muy a menudo
0	Casi siempre	1	Nada
A	7.- Puedo descansar y relajarme	D	14.- Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión
0	Sí, no tengo ningún problema al respecto		A menudo
1	Por lo general	0	A veces
2	No muy a menudo	1	No muy a menudo
3	Nunca	2	Rara vez

Termómetro de distrés

National Comprehensive Cancer Network (NCCN)

Por favor, señale el número (0 -10) que mejor describe cuánto nivel de malestar emocional ha experimentado en la pasada semana incluyendo el día de hoy:



Para finalizar, ¿cuál es el aspecto de la enfermedad y/o los tratamientos que más le preocupa en este momento?

Sociales

Cuidado de los niños
Cuidado de la casa
Económicos/ seguros
Traslados citas médicas
Trabajo/ escuela
Vivienda

Sanitarios

Apetito
Cansancio
Sueño
Memoria/concentración
Dolor
Información sobre enfermedad y/o tratamientos

Psicológicos

Depresión
Miedo
Nerviosismo
Tristeza
Ira
Sexualidad
Cambios aspecto físico
Pérdida de interés actividades habituales

C- El lobo que alimentes.

En una ocasión, mi abuelo tuvo conmigo una charla acerca de la vida.

Mi abuelo me dijo:

“Una gran pelea está ocurriendo en mi interior y es entre dos lobos.

Uno de los lobos representa la maldad, el temor, la ira, la envidia, el dolor, el rencor, la avaricia, la arrogancia, la culpa, el resentimiento, la inferioridad, la mentira, el orgullo, la competencia, la superioridad y la egolatría.

El otro la bondad, la alegría, la paz, el amor, la esperanza, la serenidad, la humildad, la dulzura, la generosidad, la benevolencia, la amistad, la empatía, la verdad, la compasión y la fe.

Esta misma pelea está ocurriendo dentro de ti.

Lo pensé por un minuto y le pregunté a mi abuelo:

“Abuelo, dime: ¿Cuál de los lobos ganará?

Mi abuelo respondió:

SIMPELEMENTE EL QUE ALIMENTES...

D- Programación.

<p><u>Sesión 1:</u></p> <p>Presentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega y lectura de las normas del grupo y del contrato terapéutico. - Dinámica de presentación: <ul style="list-style-type: none"> • Quién soy; qué me pasa; qué adjetivo me define. - Pruebas de evaluación: <ul style="list-style-type: none"> • BRCS • HADS • Termómetro de distrés. -Lecturas para casa: <ul style="list-style-type: none"> • El largo viaje de la vida. • Soy así, pero puedo cambiar.
<p><u>Sesión 2:</u></p> <p>Módulo de Resiliencia.</p> <p>(I)</p>	<p><i>“Conociendo la Resiliencia”.</i></p> <p>Objetivo: Toma de contacto con el concepto de resiliencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación: ¿Qué es la resiliencia? Trabajar para ver y potenciar las <u>fortalezas</u> de cada uno y hagan su <u>caja de herramientas</u>. <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio: La Gráfica de la Vida. - Lectura para casa: <ul style="list-style-type: none"> • Si tu cambias, todo cambia.
<p><u>Sesión 3:</u></p> <p>Módulo de Resiliencia.</p> <p>(II)</p>	<p><i>“Trabajando fortalezas...entrenando la resistencia”.</i></p> <p>Objetivo: Conocer las propias fortalezas y potenciarlas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repaso de las tareas para casa: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de los valores personales. - Fotocopia “Las etapas de Grotberg”. <ul style="list-style-type: none"> • Rellenar la tabla de dichas etapas. -Lectura para casa: <ul style="list-style-type: none"> • El mágico poder de escribir. - Tarea para casa: <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio del YO → Escribo en una cartulina un gran YO y alrededor los pequeños yoes que componen el total.
<p><u>Sesión 4:</u></p> <p>Módulo de ansiedad y estrés.</p> <p>(I)</p>	<p><i>“Obsérvate y regúlate”.</i></p> <p>Objetivo: Aprender a identificar el propio estrés y manejarlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repaso del ejercicio del YO. - Psicoeducación: explicación del funcionamiento del estrés y la ansiedad. - Body Scan (Mindfulness) → Fotocopia “Examen del cuerpo”. - Ejercicio “¿Qué veo a través de la ventana?” →nos permite ver como ante una misma situación cada uno tiene vivencias diferentes y responde a ella de manera distinta. -Lecturas para casa: <ul style="list-style-type: none"> • Enredarse en los ¿y si...?, desenredarse en la aceptación. • Vencer la ansiedad.

<p><u>Sesión 5:</u></p> <p>Módulo de ansiedad y estrés.</p> <p>(II)</p>	<p><i>“Trabajando la relajación”.</i></p> <p>Objetivo: Desarrollar estrategias para afrontar el estrés y la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repaso de la tarea semanal: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué entendisteis acerca del estrés?; ¿Habéis identificado cómo os ha afectado?; ¿Cómo habéis aplicado las estrategias? - Material entregado: <ul style="list-style-type: none"> • Pautas para afrontar el miedo. • Toma de decisiones: Fases de la Solución de Problemas • Solución de problemas: Tabla para rellenar. - Ejercicio de respiración con imaginación guiada (*audio: “música relajante para calmar la mente y dejar de pensar-para reducir la ansiedad. YouTube). <p>Lectura para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El poder de la incertidumbre.
<p><u>Sesión 6:</u></p> <p>Módulo de emociones.</p> <p>(I)</p>	<p><i>“Identifica tus emociones”.</i></p> <p>Objetivo: Aprender a identificar las emociones y como se relacionan con nuestros pensamientos y conductas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedimos a los miembros del grupo que describan una situación concreta, dentro de la experiencia vivida a lo largo de la enfermedad, identificando las emociones ligadas a dicho momento. Describir a los 3 niveles: Físico, Conductual y Emocional/Cognitivo. - Ejercicio “Emociones positivas y negativas”. - Tarea para casa: <ul style="list-style-type: none"> • Los 3 pasos para cambiar una emoción que no me gusta. - Lecturas para casa: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué delatan nuestras emociones? • El cuento de las emociones.
<p><u>Sesión 7:</u></p> <p>Módulo de emociones.</p> <p>(II)</p>	<p><i>“Trabajando nuestras emociones”.</i></p> <p>Objetivo: Tomar conciencia de nuestras emociones y la importancia de expresarlas adecuadamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repaso de la tarea de la semana: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Habéis aplicado durante la última semana “los 3 pasos para cambiar una emoción”? - Vídeo: trabajando la película “Inside Out” <ul style="list-style-type: none"> • Clip 1→ “Conociendo las emociones” [Hasta min. 4:40] • Clip 2→ “Cuando no nos comunicamos bien”. [26:50-30:00] • Clip 3→ “Llorar no es malo” [47:50-49:50] • Clip 4→ “Cuando nos comunicamos bien” [1:20:00-hasta el final] - Lecturas para casa: <ul style="list-style-type: none"> • La tristeza y la furia. • El lobo que alimenta. • Ser agradecidos nos hace más felices.

<p><u>Sesión 8:</u></p> <p>Módulo de comunicación.</p> <p>(I)</p>	<p><i>“Aprendiendo a comunicarnos”</i></p> <p>Objetivo: Comprender situaciones complicadas a través de una comunicación adecuada. Practicar la empatía y escucha activa para comunicarse a nivel emocional. Establecer y entrenar buenos canales de comunicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar momentos críticos que haya pasado cada una: ¿Dónde estaba la dificultad? (en los 3 niveles: Físico, conductual, emocional). <ul style="list-style-type: none"> • “De frases asesinas a frases positivas” → saber reconocerlo me permitirá cambiarlo. (Fotocopia “Hacer críticas (pedir cambios)”). - Material para casa: <ul style="list-style-type: none"> • Derechos asertivos. • Ejercicio para reflexionar sobre la asertividad.
<p><u>Sesión 9:</u></p> <p>Módulo de comunicación.</p> <p>(II)</p>	<p><i>“Escuchando activamente, respondiendo asertivamente.”</i></p> <p>Objetivo: Darse cuenta de la importancia que tiene la escucha activa, así como la empatía, y practicarla.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacemos una rueda sobre cómo han pasado la semana y si han realizado el trabajo semanal: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo os ha ido la semana?; ¿Leísteis el material de la asertividad?, ¿lo habéis aplicado? - Hablamos de la importancia de la escucha activa y la empatía, para trabajar la comunicación. “¿Habéis sentido alguna vez que os oyen, pero no os escuchan?”: <ul style="list-style-type: none"> • Lectura “Ponte en mi lugar”. - Lectura para casa: <ul style="list-style-type: none"> • Saber escuchar.
<p><u>Sesión 10:</u></p> <p>Despedida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio: <ul style="list-style-type: none"> • Regalo de felicidad. - Pruebas de evaluación: <ul style="list-style-type: none"> • BRCS • HADS • Termómetro de estrés. - Lecturas para casa: <ul style="list-style-type: none"> • Cuatro formas de vivir el trabajo. • Como sobrevivir a la Navidad. • Las ranitas en la crema. - Comentarios finales: “¿Has echado algo de menos?”; “¿Te ha aportado algo el grupo?”... etc.

E- Tabla de resultados.

Paciente	PRUEBAS					
	HADS		BRCS		Termómetro de distrés	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1- B.G.	A=5; D=4	A=6; D=2	13	15	5	8
2- M.P.	A=13; D=12	A=11; D=11	13	16	8	8
3- C.M	A=8; D=15	A=7; D=9	13	16	4	6
4- MJ.R.	A=20; D=13	A=18; D=8	16	15	9	9
5- A.R.	A=11; D=8	A=11; D=10	14	15	8	6
6- Mk. T	A=15; D=3	A=6; D=1	14	15	9	7
7- J.J	A=12; D=10		12		5	
8- T.A.	A=20; D=20		5		10	